

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE 1063

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Philothe TILLET

Né le 7 Novembre 1913 à Pointe à Pitre (Guadeloupe)

**Contribution au Traitement
Radiothérapique
des Tumeurs Malignes
du Pharynx, du Sein, de l'Ovaire.**

*(Observations recueillies dans le
Service Radiologique de l'Hôpital Lariboisière)*

Président : TANON, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED

24 rue Monsieur-le-Prince VI

1939

5001

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Philothé TILLET

Né le 7 Novembre 1913 à Pointe à Pitre (Guadeloupe)

Contribution au Traitement Radiothérapique des Tumeurs Malignes du Pharynx, du Sein, de l'Ovaire.

*(Observations recueillies dans le
Service Radiologique de l'Hôpital Lariboisière)*

Président : TANON, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD . . . Histologie.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . Pathologie médicale.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LACOMME . . . Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX . . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.

VI. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. . .	
DONZELOT . . .		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé .	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie
WEIL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

*dont la vie faite de sacrifices et de
travail a été pour moi un exemple.*

A MES FRERES

THÉODORE, Docteur en Médecine

ANDRÉ, Etudiant en Pharmacie.

A JEANNETTE ET A SES SŒURS

ma plus sincère amitié.

A Monsieur le Professeur TANON

Professeur d'Hygiène et Médecine préventive

*qui a bien voulu accepter la prési-
dence de cette thèse, nous exprimons
notre bien vive gratitude.*

A Monsieur le Professeur GUILBERT

Chef des Services radiologiques
de l'Hôpital Lariboisière

*qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse. Nous le remercions pour les
conseils éclairés qu'il nous a donnés et
qui nous ont été très précieux dans la
rédaction de notre thèse.*

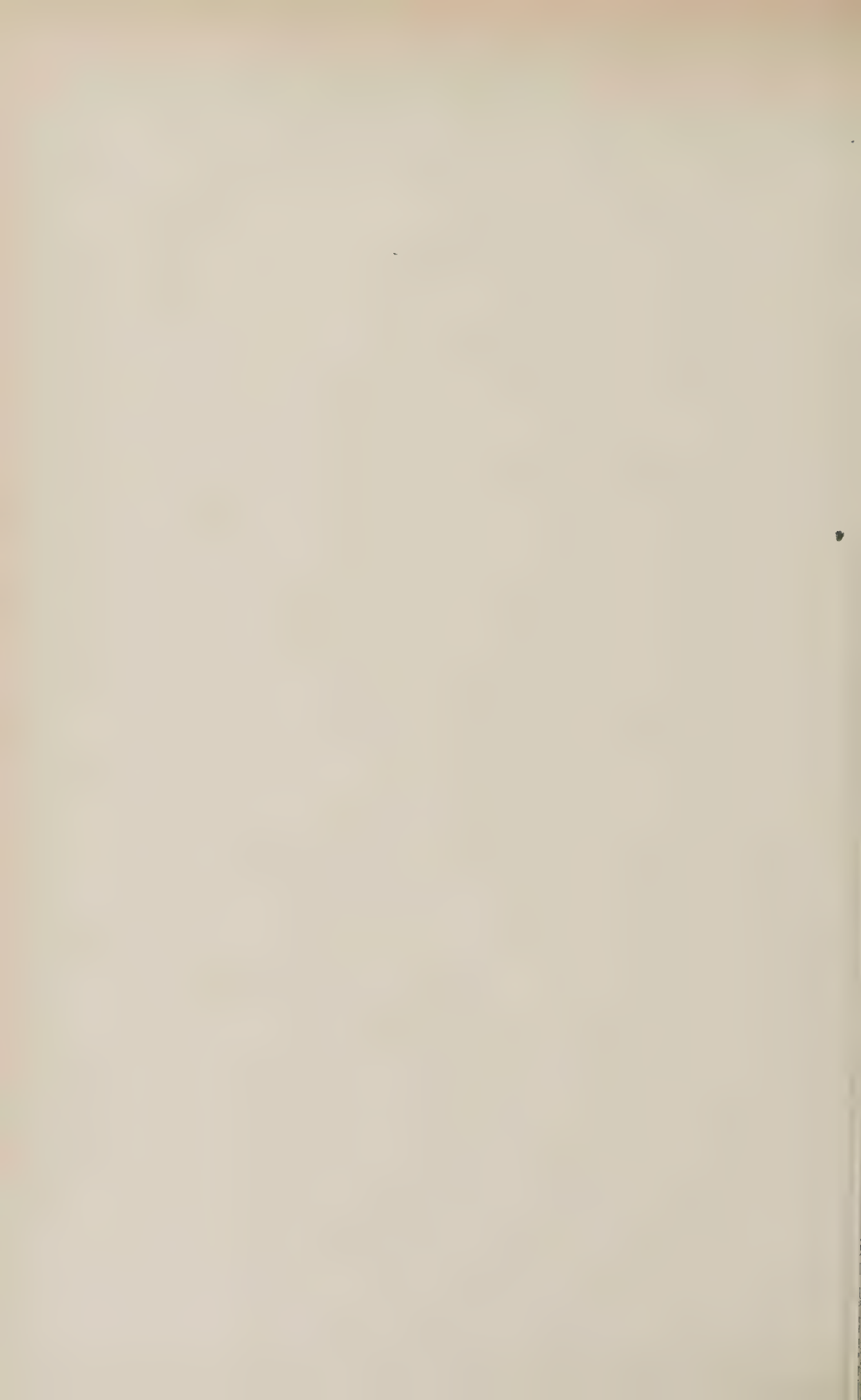
A Monsieur le Docteur LACASSAGNE
Directeur de l'Institut du Radium de Paris

A Monsieur le Docteur BACLESSE,
Chef du Service de Rœntgenthérapie
à l'Institut du Radium

INTRODUCTION

L'étude des affections cancéreuses a pris, depuis quelques années, une place importante dans la pathologie humaine. Dans ce modeste travail, notre but n'est pas de décrire toutes les tumeurs malignes et leur thérapeutique, mais nous nous proposons de signaler les cas qui nous ont semblé être les plus intéressants.

Nous les décrirons dans leurs manifestations cliniques, mais nous nous attacherons surtout à indiquer le traitement qui, dans chacun des cas, a permis à notre maître, M. le Dr Guilbert, chef des Services radiologiques de l'hôpital Lariboisière, d'obtenir des résultats si satisfaisants.



HISTORIQUE ET ETIOLOGIE DU CANCER

On ne saurait parler de la clinique et du traitement des tumeurs malignes sans faire l'histoire et l'étiologie du cancer lui-même.

C'est dans Hippocrate qu'on retrouve les premières définitions « des néo-formations qui ne guérissent pas ».

Plus tard, au moyen âge, Ambroise Paré définit le cancer sous le nom « de chancre ». Au ^{xix}^e siècle, Bichat en fait les premières études anatomo-pathologiques.

A la fin du ^{xix}^e siècle et au début du ^{xx}^e on commence à réaliser les greffes cancéreuses et le cancer expérimental chez les animaux.

Jean Clunet provoque par les Rayons X, chez le rat, le premier sarcôme expérimental.

Au Japon, Yamaghiwa et Itchikawa déterminent sur la souris des néo-formations par applications répétées de goudron.

Fibiger réalise chez le rat des cancers du tube digestif en faisant ingérer à l'animal des blattes infestées de *spirophtéra néoplastica*.

Ainsi l'étude de l'histoire montre déjà combien est complexe le problème du cancer et les recherches entreprises pour préciser l'étiologie de ce mal, si elles ont permis d'abandonner certaines données sans fondement

du temps passé, n'ont malheureusement pas encore résolu la question.

On a parlé de climats et de races. Les races de couleur, a-t-on dit, seraient plus réfractaires au cancer; c'est possible, mais ce n'est pas démontré.

Paul Delbet a signalé l'influence du sol suivant que ce dernier soit pauvre ou riche en magnésium. Enfin, de nombreuses hypothèses sur la nature même du cancer ont été émises.

L'une des premières théories est celle de Virchow sur le rôle déterminant des processus irritatifs. Puis vient la théorie de Connheim sur l'origine embryonnaire. Cette théorie connaît aujourd'hui en France de nombreux partisans et aussi beaucoup d'adversaires. Enfin, les théories bactériennes (Fibiger et Bonel) et chimiques (Warburg) sont venues jeter un jour nouveau et séduisant sur l'origine du cancer. Il ressort de ce court exposé que l'origine du cancer est obscure et sa pathogénie hypothétique. Cela provient du fait qu'à notre avis le cancer répond à une transformation générale de l'organisme, perturbé dans sa structure endocrinienne, histologique et chimique.

Dans les observations que nous avons pu recueillir, nous avons remarqué que la syphilis et la tuberculose revenaient souvent dans les antécédents héréditaires ou personnels des malades. Ces deux maladies spécifiques joueraient-elles le rôle d'agents irritatifs dans le déterminisme des affections cancéreuses?

Si l'étiologie du cancer est peu connue, on conçoit ai-

sément comment les traitements entrepris ont été nombreux. On a tout essayé : extraits endocriniens, venin de cobra, etc. Mais le traitement de choix et vraiment sérieux appartient aux Rayons X. Seules diffèrent les modalités de leur application.



CHAPITRE I

CANCERS DU PHARYNX

Ils sont connus pour leur malignité. Des observations faites sur les malades et contrôlées par la radiographie nous ont permis de les classer en trois étages. Nous donnons cette classification, sans avoir la prétention de la juger complète ou définitive.

A. — Cancers du rhino-pharynx.

Les limites anatomiques sont les suivantes :

- *En haut* : la base du crâne.
- *En bas* : la limite est arbitraire.
- *En arrière* : la paroi postérieure du rhino-pharynx et les deux premières vertèbres cervicales.

Au point de vue tumoral :

a) Les épithélioma naissent du revêtement de la muqueuse;

b) Les lympho-épithélioma sont des associations hybrides d'éléments muqueux et lymphoïdes;

c) Les sarcômes lymphoïdes naissent des éléments libres sous-jacents.

Au point de vue clinique :

Toutes ces tumeurs ont une symptomatologie commune qui consiste en :

- diminution de l'acuité auditive;
- obstruction nasale;
- nasonnement de la voix;

mais certains caractères particuliers permettent de faire le diagnostic. C'est ainsi que dans les épithélioma la douleur est plus ou moins marquée.

De même dans cette variété de tumeurs, l'adénopathie est postérieure mais peut faire défaut.

Dans les lympho-épithélioma, au contraire, elle est toujours constante; elle est postérieure et se développe en chapelets qui peuvent être uni ou bilatéraux. En outre, au point de vue radio-sensibilité, l'épithélioma est peu radio sensible, le lympho-épithélioma est plus radiosensible et le sarcôme lymphoïde l'est encore davantage.

B. — Cancers de l'oro-pharynx.

On peut y distinguer quatre localisations :

- 1° Les cancers de la région palato-amygdalienne;
- 2° Les cancers de la pente pharyngée ou de la base linguale;
- 3° Les cancers du bord libre de l'épiglotte;
- 4° Les cancers de la paroi postérieure du pharynx.

I. *Cancers de la région palato-amygdalienne.* — La tumeur est située entre les deux piliers. Son point de départ est le plus souvent la loge amygdalienne, mais elle peut naître du voile ou de l'angle de la mâchoire. L'adénopathie est toujours constante. Ce qui importe

dans la thérapeutique de cette tumeur, c'est de bien fixer son point de départ.

II. *Cancers de la pente pharyngée.* — Il faut y distinguer deux groupes :

- a) Les épithélioma bourgeonnants;
- b) Les épithélioma creusants.

Dans ce cas, seule la radiographie permet de voir l'ulcération.

Leur traitement est difficile.

III. *Cancers du bord libre de l'épiglotte.* — Comme pour les cancers de la pente pharyngée, on distingue une forme bourgeonnante et une forme creusante.

IV. *Cancers de la paroi postérieure du pharynx.* — Au point de vue thérapeutique, ils sont d'un bon pronostic.

C. — **Cancers de l'hypo-pharynx.**

Les limites anatomiques sont :

En haut :

— l'os hyoïde;

En bas :

— la bouche œsophagienne.

Deux étages sont à distinguer :

— *Un supérieur*, qui est situé entre l'os hyoïde et le bord supérieur du cartilage thyroïde.

— *Un inférieur*, situé entre le bord supérieur de ce cartilage et la bouche œsophagienne.

Les épithélioma de l'étage supérieur peuvent guérir. Ceux de l'étage inférieur n'ont donné que des échecs thérapeutiques.

Pourquoi? Les épithélioma du deuxième étage se fixent en effet rapidement au chaton cricoïdien et cette configuration anatomique serait en partie responsable des échecs obtenus.

Le problème consiste à localiser ces épithélioma dans leur étage respectif; seule la radiographië nous a permis de le faire; elle nous a permis de localiser les ombres tumorales.

En effet, quand l'étage supérieur est atteint, l'espace clair normal disparaît, les rapports du thyroïde et du rachis sont normaux. L'insufflation physiologique, la dilatabilité laryngo-pharyngée est normale.

L'étage inférieur est envahi quand on constate l'épaississement de l'ombre pharyngo-laryngée, le refoulement du thyroïde en avant, le manque de dilatabilité laryngo-pharyngée.

L'adénopathie des cancers de l'hypo-pharynx est soit basse, soit haute. C'est pourquoi il importe toujours, au point de vue thérapeutique, d'englober l'angle de la mâchoire. En somme c'est un bien triste chapitre que celui des cancers du pharynx, mais il faut tout de même les traiter et les résultats obtenus à Lariboisière prouvent que les efforts ne sont pas toujours vains.

OBSERVATION N° 1

M. B. L..., garçon de café, vient, dans le courant du mois d'août 1938, consulter au service de laryngologie (Isambert). L'examen révèle une tumeur de l'oro-pharynx. La biopsie est positive. Le traitement radiothérapique est entrepris le 29 août; les constantes ont été les suivantes :

Kilovoltage	200
Filtration	1 Cu 2Al
Distance	70 cm.

Il a été pratiqué trois champs :

— Deux antérieurs, latéro droit et gauche;

— Postérieur médian.

En aucun cas, il n'a été employé de collier.

Les champs ont été moyens, mesurant 80 cm² de surface. La dose employée à chaque séance était de 132 f. Le malade a reçu en tout 6.000 r. internationaux.

Il n'a pas été observé de réaction locale ou générale violente.

A la fin du traitement, il y avait une atténuation considérable de tous les symptômes cliniques.

OBSERVATION N° 2

M. Louis B... Ce malade nous a été envoyé par le service d'oto1rhino-laryngologie. A l'examen nous avons

constaté un épithélioma pharyngo-laryngé droit, avec adénopathie cervicale.

Les signes cliniques étaient marqués.

Nous avons entrepris aussitôt le traitement. Les constantes furent les suivantes :

Kilovoltage	200
Filtration	1 Cu 2Al
Distance	70 cm.

Il a été employé trois champs :

- Nn antérieur de 100 cm² de surface;
- Un postérieur droit de 80 cm²;
- Un postérieur gauche de 80 cm².

La dose quotidienne a été variable en raison de l'état général du malade. Une autohémothérapie de 4 cc. a été pratiquée. Mais dans aucun cas on n'a dépassé 132 r. par séance.

Le malade a reçu au total 8.000 r. internationaux.

Revu après traitement, on constata la disparition de l'adénopathie cervicale et l'atténuation des signes cliniques.

OBSERVATION N° 3

M. G. C... La fiche de ce malade, qui nous a été envoyé, portait :

Epithélioma endo-laryngé opéré en novembre 1938; actuellement, récurrence. Epithélioma pavimenteux lobulé indifférencié. Pas d'adénopathie.

Le traitement est institué aussitôt.

Les constantes sont :

Kilovoltage	200
Filtration	1 Cu 2Al
Distance	70 cm.

On pratique trois champs de 80 cm² de surface, deux latéraux droit et gauche, et 1 postérieur.

Il a été pratiqué 7.000 r. internationaux, à raison d'une moyenne de 132 r. par séance et par champ.

A la fin du traitement, le malade n'avait plus de crises d'étouffement et pouvait mieux supporter sa canule.

CHAPITRE II

CANCERS DU SEIN

Au point de vue clinique, on distingue quatre stades.

La radiothérapie doit être toujours tentée avant l'acte opératoire. (Heymann.)

La superficialité de la tumeur est un élément favorable pour le traitement par les rayons X, l'envahissement lymphatique lointain étant d'un pronostic réservé.

Les techniques employées dans le service d'électroradiologie de Lariboisière sont les suivantes :

A. — Premier mode opératoire.

Irradiation du sein et du creux axillaire par un seul champ, le bras étant levé.

1° *Champ antérieur.* — Limité en haut par la clavicule, et une ligne coupant le bras au-dessous du creux de l'aisselle. En bas, par une ligne passant sous le sein. En dedans le sternum, la malade est couchée sur le dos la tête tournée du côté sain.

2° *Champ sus-claviculaire.* — Le bras est allongé le long du corps, la limite postérieure est constituée par le bord externe du trapèze, la fourchette sternale est

dégagée de façon à irradier les ganglions de la chaîne mammaire interne. En bas, le champ s'arrête au-dessous de la clavicule;

3° *Champ postérieur*. — La malade est couchée sur le ventre, le bras levé. C'est un champ large, qui permet d'ajouter une dose supplémentaire à celles reçues par les champs antérieurs.

— B. — Deuxième mode opératoire.

Irradiation, le bras collé au corps. Cette technique doit être employée toutes les fois qu'une cicatrice post-opératoire empêche l'élévation du bras.

1° *Champ antérieur*. — La limite supérieure est constituée par la clavicule, la limite inférieure par une ligne passant au-dessus du dôme hépatique, la limite interne par le sternum, la limite externe par une ligne suivant l'axe du bras;

2° *Champ sus-claviculaire*. — Ses limites sont celles qui ont été décrites précédemment;

3° *Champ postérieur*. — Il est large et se limite comme précédemment.

OBSERVATION N° 1

En avril 1939 est envoyée, dans notre service M^{me} V. D..., 64 ans, sans profession. Cette malade avait été opérée

rée du sein en 1936. A son arrivée, elle se plaint de douleurs thoraciques à type intercostal. A l'examen, on trouve une métastase costale et des ganglions dans le creux axillaire. On entreprend le traitement.

La malade ne pouvant rester le bras levé est traitée le bras le long du corps. Quatre portes d'entrée sont utilisées : un champ antérieur, un champ postérieur très large, un champ sus-claviculaire et un champ deltoïdien.

Les constantes employées :

Kilovoltage 200

Filtration 1 Cv 2Al

Distance : elle variait suivant les portes d'entrée :
de 60 cm. pour les champs antérieur et postérieur, elle était de 40 cm. pour les champs sus-claviculaires et deltoïdien.

La dose quotidienne étant d'abord de 180 r. pendant une heure, est poussée jusqu'à 400 r. La dose totale fut de 7.000 r.

Nous avons constaté la régression de l'adénopathie axillaire.

OBSERVATION N° 2

M^{me} M. K..., 52 ans, femme de ménage. Cette malade avait été opérée au sein il y a huit ans. Au moment où on l'examina (août 1936) elle avait une ulcération axillaire.

On entreprit le traitement avec un kilovoltage de 200, un filtrage de 1 cu 2Al. Les champs utilisés étaient

les suivants : d'abord un champ axillaire, le bras relevé, de 150 cm² de surface, à 60 cm. de distance totale. Un autre champ axillaire de 150 cm² mais à 40 cm. de distance.

Enfin un champ postérieur, de 150 cm² à 40 cm.

A 60 cm. la malade reçut 1.200 r. en 9 h. 06'.

A 40 cm. la malade reçut 1.200 r. en 4 h. 12'.

La durée de chaque séance était d'environ 1 heure. On dut interrompre le traitement pendant une semaine, par suite d'une réaction de la région deltoïdienne. Mais, à la fin du traitement, qui fut poursuivi jusqu'au bout, et qui compta environ 8.000 r., l'amélioration était nette, l'ulcération axillaire était en voie de cicatrisation.

OBSERVATION N° 3

Février 1936. — M^{me} A.-P. A..., 60 ans. Cette malade avait été opérée du sein. A l'examen on constata une récurrence post-opératoire. Elle a été traitée le bras relevé, sous 200 kilovolts et 1 cu 2Al de filtration.

On employa trois champs : 1 sus-claviculaire de 100 cm² à 30 cm. de distance focale, 2 antérieur et postérieur de 150 cm² à 60 cm.

A 60 cm. on distribua 1.200 r. en 8 h. 24'.

A 40 cm. on distribua 1.200 r. en 3 h. 24'.

La malade avait déjà reçu 6.000 r. quand on fut obligé d'interrompre le traitement en raison d'une forte grippe contractée par elle.

Mais déjà on notait une très nette amélioration avec cicatrice plus souple et fonte des ganglions axillaires.

CHAPITRE III

KYSTES VEGETANTS DE L'OVAIRE

Nous avons constaté qu'ils constituaient les néo-formations les plus fréquentes de cet organe. Leur thérapeutique par les Rayons X est loin d'être vouée à l'échec comme l'indiquent les observations que nous signalons.

OBSERVATION N° 1

Mars 1935. — M^{me} M. R..., 45 ans. Opérée il y a deux ans d'un fibrome. Vient consulter pour dysménorrhée.

A l'examen, on trouve, à gauche, une volumineuse masse antérieure très dure. On décide d'instituer le traitement par les Rayons X.

Les constantes sont :

Kilovoltage 200

Filtration 1 Cv 2Al

Quatre champs sont utilisés : 1 antérieur, 1 postérieur, de 360 cm² de surface, à 50 cm. de distance. Les deux autres latéraux de 125 cm² de surface à 40 cm.

La durée de la séance est pour les premiers champs de 51 minutes; il est distribué environ 300 r. Pour les champs latéraux la séance dure 45 minutes et il est distribué 280 r. par séance.

Au bout de quelques jours, on constata l'arrêt de l'écoulement vaginal.

La malade reçut au total 9.000 r. et si, à la fin de son traitement, elle apparaissait très asthénisée, la masse

tumorale avait cependant diminué considérablement de volume. La malade fut opérée et l'opération réussit parfaitement.

OBSERVATION N° 2

Janvier 1936. — M^{me} M. L..., 35 ans. Cette malade avait été opérée en décembre 1935 d'un kyste de l'ovaire. Avant l'intervention il existait une ascite abondante qui fut ponctionnée.

A l'opération on tomba sur un épiploon très adhérent et une masse pelvienne fixée. Une biopsie pratiquée au bistouri électrique révéla une néo-formation de l'ovaire.

On referma en trois plans.

En janvier 1936 la malade fut envoyée dans le service du Dr Gilbert, parce qu'on constatait alors une masse dure tendue, indolore, fixée avec douleurs lombaires irradiant vers la hanche et la cuisse gauches.

On institua un traitement R ntgenthérapique.

Les constantes employées furent :

Kilovoltage 200

Filtration 1 Cv 2Al

On pratiqua quatre champs : 2 antérieur et postérieur très largess de 15×24 de dimension, à 60 cm. de distance focale, 2 latéraux, droit et gauche, de 15×15 de dimension à 40 cm.

La séance durait environ une heure. On ponctionna l'ascite le 24 février, on retira 6 litres de liquide. La dose totale reçue fut d'environ 9.600 r. internationaux.

La malade, revue le 6 mai 1938, jouissait d'un très bon état général.

CONCLUSIONS

Ainsi donc nous avons choisi, parmi les tumeurs, celles qui nous ont paru les plus difficiles à traiter et qui sont malheureusement les plus fréquentes.

Cependant on ne saurait nier qu'il existe une thérapeutique du cancer : elle relève essentiellement de la radiothérapie.

Les résultats que nous avons obtenus par l'application des Rayons X dans les circonstances les plus désespérées, ne font que raffermir notre conviction que, dans un avenir plus ou moins proche, il n'y aura plus de mystère du cancer et que l'épouvante qui s'attache à ce mal ne présentera plus qu'un intérêt historique.

Vu le Doyen :

TIFFENEAU

Vu le Président de thèse :

TANON

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Béclère (A.).* — Action des Rayons X sur les tumeurs malignes. (Gaz. électr., nov. et déc. 1907.)
- Béclère (A.).* — Action des rayons X sur les tumeurs malignes du sein. (Gaz. élect. janvier 1908.)
- Béclère (A.).* — Cancer et Radiothérapie. (Arch. d'Electr. méd., 1907, n° 206, p. 51.)
- Béclère (A.) et Viollet.* — Un cas de néoplasme du larynx traité avec succès par les R. X. (Bulletin de laryngotor. et rhinol., n° 7., p. 84; Bull. méd. 1904, n° 89.)
- Bergonié (J.).* — Effet des R. X sur les tumeurs malignes. (Bull. méd., XVIII, p. 1903, n° 6.)
- Faure (Y.-L.) et Sireday (A.).* — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale, Paris, 1914.)
- Guilbert (Ch.).* — Radiothérapie. (Paris, 1938.)
- Guilbert (Ch.).* — Thérapeutique physique du cancer, traitement röntgen-thérapique et radium-thérapique associés. (Concours médical, février 1927.)
- Nogier (Th.).* — Traitement rationnel des tumeurs malignes. (Congrès intern. d'él.-rad., Lyon, 1914.)
- Roussy (G.) et Leroux.* — Bull. Association franç. pour l'étude du cancer, 16 juin 1924.
- Roussy (G.) et Wolf (M.).* — Le cancer. (Masson, 1922.)
- Solomon.* — La radiothérapie gynécologique en Allemagne. (Journ. de Rad., mars 1920.)
- Welterer.* — La röntgenthérapie des tumeurs profondes. 1916.

